

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 163.

DES
ABCÈS APPENDICULAIRES
OUVERTS DANS LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

\ Et soutenue publiquement le 23 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Dimitre VLADOFF

Né le 3 Avril 1873, à Ressene (Macédoine).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 162.

DES

ABCÈS APPENDICULAIRES

OUVERTS DANS LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Dimitre VLADOFF

Né le 3 Avril 1873, à Ressene (Macédoine).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CHANDELUX, Assesseur;

MM. ROUX et POLLOSSON (A), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mes frères :

NAOUM ET NICOLAS

En bien modeste témoignage de ma gratitude et de la profonde reconnaissance
que je leur garde en souvenir de leur dévouement pour moi.

Le sujet de notre thèse inaugurale nous a été inspiré par M. le professeur Antonin Poncet, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu; nous laissons à d'autres plus compétents le soin de louer ce savant maître; quant à nous, nous ne pouvons que lui présenter l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse, et le prions de recevoir l'hommage de nos plus vifs remerciements pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de remercier bien sincèrement nos Maîtres lyonnais qui nous ont initié aux leçons de leur haut enseignement.

INTRODUCTION

Pendant que nous suivions les savantes cliniques de M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs malades opérés d'accidents d'origine appendiculaire.

Maintes fois M. Poncet insistait dans ses leçons sur la nécessité en pareil cas d'un traitement chirurgical, qui doit être d'autant plus rapide que l'on ne sait jamais comment peut se terminer une appendicite. En dehors, en effet, des accidents graves rapidement mortels qu'entraîne la perforation de l'appendice dans un péritoine non cloisonné, l'abcès existant abandonné à lui-même peut s'ouvrir dans les organes avoisinants : intestins, vessie, etc. Cette ouverture spontanée est parfois un mode de guérison, mais pour l'intestin, par exemple, il n'est pas rare de voir la fistule persister, des crises nouvelles d'appendicite se produire, etc. Dans sa thèse récente : *Des abcès appendiculaires ouverts dans l'intestin* (thèse de Lyon, 1898), M. Villaret a bien montré sous l'inspiration de

M. le professeur Poncet, les dangers, les inconvénients de ce mode de terminaison qui a exigé onze fois la résection de l'appendice, seul moyen de donner une guérison radicale.

L'ouverture d'un abcès d'origine appendiculaire dans la vessie est une complication moins fréquente que l'ouverture dans l'intestin. Nous l'avons vue se produire dans une très belle observation de M. Poncet, et à ce propos il nous a paru tout à fait intéressant d'étudier cette complication, d'en rechercher la fréquence, le pronostic, etc., d'autant mieux que nous ne connaissons aucun travail d'ensemble sur ce sujet et que la littérature chirurgicale ne comporte que des observations isolées.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre :

Chapitre premier. — *Anatomie : Siège, disposition, direction de l'appendice.*

Chapitre II. — *Historique.*

Chapitre III. — *Anatomie pathologique. Symptomatologie.*

Chapitre IV. — *Diagnostic. Pronostic.*

Chapitre V. — *Traitement.*

Observations.

Conclusions.

DES

ABCÈS APPENDICULAIRES

OUVERTS DANS LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE SIÈGE. DISPOSITION ET DIRECTION DE L'APPENDICE

La fosse iliaque droite est presque complètement remplie par le cæcum. Celui-ci n'est pas dépourvu à sa face postérieure de péritoine comme on le croyait jusqu'à ces dernières années. En effet, les recherches de M. Tuffier de 1887 ont prouvé que le cæcum n'est pas en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque et qu'il est entouré sur toute sa surface par le péritoine ; d'après sa comparaison « la main peut en faire le tour comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde ».

Quoique le cæcum soit maintenu dans sa position par deux replis du péritoine, en raison de la disposition de celui-ci (qui l'entoure comme nous venons de le dire), il ballotte librement dans la fosse iliaque.

Testut admet, d'après les différentes statistiques, que le cæcum est quelquefois adhérent, et cela dans une proportion de une fois sur dix sujets et chez les autres il est libre et flottant.

L'appendice vermiforme est attaché à la partie postéro-interne du cæcum. Il se présente sous la forme d'un petit tube cylindrique à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur, presque toujours flexueux. Il n'est qu'un diverticulum du gros intestin. En effet, pendant la période embryonnaire et les premiers temps de la vie foetale, l'appendice n'existe pas, le cæcum est relativement plus long que chez l'adulte. Mais tandis que la partie supérieure se développe et s'élargit progressivement, la partie inférieure, au contraire, subit un arrêt de développement ; elle se rétrécit peu à peu et se transforme finalement en un tube cylindrique qui est l'appendice vermiforme. C'est donc un organe atrophié, représentant chez l'homme le cæcum si développé des mammifères et des rongeurs. Sappey donne les chiffres suivants : 6,8 et 10 centimètres de longueur sur un diamètre de 5 à 10 millimètres.

La paroi de l'appendice vermiforme comprend quatre couches de même que le cæcum ; en allant de dehors en dedans on trouve : une tunique péritonéale qui l'enveloppe à peu près complètement et lui fait souvent un méso-appendice ; une tunique musculieuse à fibres longitudinales et circulaires ; une tunique celluleuse très épaisse formée par du tissu conjonctif très serré et presque dépourvu de fibres élastiques ; une tunique muqueuse avec un épithélium cylindrique, un stroma

adénoïde, une *muscularis mucosæ* et des glandes en tubes. En s'effilant, l'appendice perd peu à peu les fibres musculaires et les glandes, et à la pointe la couche cellulaire prend une plus grande importance.

Enfin, au centre, l'appendice vermiforme est creusé d'une cavité fort étroite occupant toute sa longueur. Il se termine souvent en cul-de-sac ; à son orifice il est muni, d'après les uns, rarement d'après Clado et Lafargue, d'un repli semi-lunaire, la valvule de Gerlach, destinée à s'opposer à l'entrée des matières fécales. Il est irrigué par une artériole. Quel est le rôle physiologique de l'appendice ? On ne lui en connaît aucun. Mais en revanche, en clinique, depuis une dizaine d'années, il occupe l'attention des chirurgiens et des médecins. La typhlite et la pérityphlite sont reléguées au second plan, l'appendicite tend à tout accaparer.

La direction de l'appendice vermiforme est fort intéressante à connaître et peut nous expliquer les localisations si diverses de l'appendicite et de la périappendicite. Ainsi Lafargue cité par Testut, sur 200 sujets qu'il a étudiés de tout âge et des deux sexes, a trouvé : 41,5 fois pour 100 le type descendant, c'est-à-dire l'appendice se dirigeant en bas, atteignant le petit bassin et se mettant en rapport avec les organes de cette cavité : vessie, rectum, utérus, ovaire, vagin. Clado pense aussi que cette position est la plus fréquente ; 19,5 fois pour 100 il se porte vers l'abdomen, vers les anses de l'intestin grêle, 13 fois pour 100 il est ascendant et s'applique contre la face postérieure du cæcum et du côlon pour remonter jusqu'au rein et au foie ; enfin, 9,5 fois pour 100 il se porte en dehors. Ferguson aussi, sur 200 cas, a trouvé les dispositions suivantes :

75 fois l'appendice était en rapport avec la partie postérieure du cæcum, 19 fois il était placé sur le côté droit sur la face externe du cæcum, 18 fois il se dirigeait directement en dedans, 77 fois placé de telle façon que sa perforation se serait faite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et aurait eu pour conséquence un abcès de la région iliaque, enfin 11 fois seulement l'appendice se dirigeait directement en bas.

Nous voyons que d'après Laforgue et Clado l'appendice se dirigerait ordinairement en bas pour se mettre en rapport avec les organes du petit bassin ; Fergusson, au contraire, déclare que l'appendice, dans la majorité des cas, est en rapport avec la partie postérieure du cæcum.

Donc les directions et les situations de l'appendice sont très variables.

D'autres recherches vont peut-être éclaircir cette question de la situation de l'appendice : peut-être change-t-il de rapports avec l'état de réplétion ou de vacuité des organes avoisinants (vessie, intestin grêle et gros intestin), mais il n'en reste pas moins acquis que, dans une proportion respectable, l'appendice, après avoir croisé le psoas, se dirige en bas, descend dans le petit bassin et se met en rapport avec les organes que contient celui-ci.

Pour Clado, l'origine de l'appendice rapportée à la paroi abdominale correspond à l'intersection de la ligne qui suit le bord externe du muscle grand droit et la ligne perpendiculaire à celle-ci, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Pour Marc Burney, le milieu de la ligne qui va de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic est la place où naît l'appendice (point de Marc Burney).

Cette disposition que nous venons d'indiquer nous permettra d'expliquer comment, à la suite d'une appendicite, il se formera une collection tendant à s'ouvrir dans la vessie et les autres organes du petit bassin.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'histoire de l'appendicite n'est pas de date aussi récente qu'on pourrait le supposer. Mestivier le premier, en 1759, donne la première observation d'une lésion de l'appendice. Wegeler (1813), Longes-Villermay (1824) en mentionnent. Mais surtout Mélier a attiré l'attention sur l'appendice et son inflammation, et déjà en 1827 il en donne une description qui se rapproche beaucoup de ce que l'on admet aujourd'hui. Malheureusement, Albers, de Bonne, frappé par l'idée que les lésions occupent le tissu cellulaire de la fosse iliaque, rapportant tout au cæcum, appelle la maladie *typhlite*. Voilà comment la maladie d'Albers, de Bonne (typhlite), a pris la place et le titre d'une maladie fréquente, l'appendicite.

Grisolle (1839) n'admet pas la maladie d'Albers et rapporte les troubles digestifs que l'on voit dans l'appendicite à l'abcès iliaque : il les assimile à ceux que l'on observe dans une affection fébrile.

Ménière, Dance, Dupuytren ne voient que la typhlite et la pérityphlite et négligent l'appendicite. Ce dernier reconnaît la plus grande fréquence des abcès iliaques à droite, mais il l'explique par la difficulté qu'ont les ma-

tières à circuler dans le cæcum ; comment l'appendice, un organe si petit, pourrait-il produire de si grands désordres ? Après ces mémoires paraissent un certain nombre de travaux qui ajoutent quelques faits nouveaux à l'histoire de l'appendicite, mais les auteurs ne voient dans ces faits qu'une conséquence, une complication de la typhlite.

Cependant les inflammations spécifiques du cæcum, typhiques, tuberculeuses ou autres sont confondues par les auteurs avec les désordres graves causés par l'appendicite et la perforation de l'appendice.

Mais, depuis une dizaine d'années, la question de la typhlite et de l'appendicite est entrée dans une voie nouvelle. Grâce à l'antisepsie et aux recherches d'anatomie normale et pathologique, toute une révolution s'est faite à ce sujet. Les chirurgiens américains, enhardis par l'innocuité des laparotomies, intervinrent dès le début des accidents qu'on rapportait alors à la typhlite. Ils virent que l'appendice était toujours primitivement lésé. Réginald Fitz, de Boston, en 1886, publie dans l'*American journal of medical sciences* un mémoire sur 257 cas d'appendicite perforante et 205 cas de typhlite et pérityphlite. Dans ce travail, Fitz montre que les symptômes dans les deux ordres de faits sont les mêmes. Il établit que la péritonite peut se circonscrire et donner lieu à une collection purulente enkystée. Il étudie les caractères de cette collection et donne les différents modes d'évacuation ; en 1888, deux ans plus tard, Fitz nie l'existence de la typhlite, de la pérityphlite, il rapporte à l'inflammation de l'appendice vermiforme, l'appendicite, les lésions qu'on rapportait à ces deux maladies.

En France, Talamon, vers la même époque, dans beau-

coup d'articles, défend la même opinion. Mac Murtry, Roux de Lausanne rapportent de nouveaux cas de la perforation de l'appendice et rejettent celle du cæcum. Si bien que, à l'ancienne typhlite, se substitue peu à peu la notion vraie de l'appendicite. « Les recherches de ces dix dernières années nous paraissent avoir définitivement établi que le siège du mal n'est primitivement ni dans le cæcum, ni dans le tissu conjonctif avoisinant, mais uniquement dans l'appendice iléo-cæcal. Le mot de typhlite, qui veut dire inflammation du cæcum, doit donc disparaître et faire place dorénavant à celui d'appendicite » (Talamon). Les chirurgiens de tous les pays font aussi la même remarque. En France, les noms de Talamon, Dieulafoy, Poncet, Jaboulay, Reclus, Routier, Tuffier, Quénu et Jalaguier peuvent être cités comme ayant puissamment contribué à l'étude de l'appendicite.

Dieulafoy divise les appendicites en trois catégories :

Première catégorie. — Appendicite suivie de péritonite généralisée diffuse ; cette forme est rapidement mortelle dans la plupart des cas, quand l'opération n'est pas hâtive.

Deuxième catégorie. — Appendicite avec péritonite circonscrite, forme beaucoup moins sévère que la première, puisque l'enkystement de la péritonite est déjà un pas vers la guérison.

Troisième catégorie. — Appendicites sans péritonite.

Aujourd'hui, médecins et chirurgiens sont d'accord pour l'intervention : laparctomie pour donner issue au pus et permettre de drainer la cavité purulente, puis résection de l'appendice pour empêcher l'issue des matières septiques à travers la perforation, ou prévenir une nouvelle crise d'appendicite.

La seule chance que l'on ait de guérir le malade dans la première catégorie consiste dans le traitement chirurgical hâtif, mais comment prévoir que telle appendicite sera suivie de péritonite généralisée ?

Les deux autres catégories sont beaucoup moins graves.

Les adhérences protectrices ont eu le temps de se faire ; la péritonite est limitée, et c'est là, nous le savons, la première étape vers la guérison. Cette péritonite circonscrite rend possible l'épanchement et l'ouverture spontanée de son contenu, soit dans la peau, soit dans un organe voisin : *cæcum*, gros intestin, rectum, vagin, *vessie*.

Nous allons nous occuper de l'ouverture de ces phlegmons appendiculaires dans la vessie, de son mode de formation, des endroits où elle se fait, puis de la symptomatologie, du pronostic et enfin du traitement.

Nous nous efforcerons de résoudre de notre mieux ces diverses questions.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMATOLOGIE

Les diverses dispositions de l'appendice, par rapport aux organes contenus dans l'abdomen, nous l'avons vu précédemment, pouvaient former deux types principaux, l'un ascendant, l'autre descendant.

Dans le type descendant, l'appendice se met en rapport avec les organes contenus dans le petit bassin. Or, une inflammation qui intéresserait l'appendice va nécessairement intéresser aussi les organes de cette cavité.

Ainsi, la vessie étant un des organes du petit bassin, il fallait s'attendre à ce que les inflammations de l'appendice vermiforme retentissent sur la vessie.

Nous savons qu'il n'y a pas d'appendicite sans péri-appendicite ; l'inflammation diffuse rapidement à travers les diverses couches, pour atteindre l'enveloppe extérieure et se propage soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

Tant qu'il n'y a pas perforation immédiate, les premières phases de l'appendicite produisent de la péritonite fibrineuse qui peut donner lieu à des adhérences assez fortes pour limiter la purulence et empêcher la diffusion après la perforation.

Cette poussée de péritonite limite les conséquences de la perforation. S'il s'en produit, les matières septiques, des bacilles dont la virulence est exaltée, ne peuvent pas se disperser et restent cantonnés. Le phlegmon appendiculaire, de plus en plus agrandi, cherche une issue ; il peut s'ouvrir partout ailleurs, excepté dans la grande cavité péritonéale, dont l'accès lui est interdit par les épaisissements de la séreuse.

En effet, la séreuse, au voisinage du pus, présente une paroi que les dépôts plastiques ont rendue infranchissable, créant de solides adhérences, favorisées par le traitement médical, généralement les antiphlogistiques et la temporisation ont permis au pus de descendre vers le petit bassin et de se mettre en rapport avec la vessie. Mais pour que cela ait lieu, tout nous permet de supposer que, dans ces cas, il s'agissait d'appendice à type descendant.

Voyons à présent, d'après nos observations, comment ce viscère se comporte vis-à-vis de ce voisin gênant, le pus, qui est à son contact.

Sur les quinze observations que nous avons recueillies, quelques-unes ne sont pas nommées par leur auteur « appendicite ». Néanmoins, nous les considérons comme telles, en raison des phénomènes que les malades ont présentés, croyant que la non-dénomination tient, soit à l'époque où l'on ne parlait pas encore de cette infection, soit à une erreur de diagnostic.

En analysant nos observations au point de vue du lieu d'élection de l'ouverture dans la vessie, nous voyons que deux fois le phlegmon appendiculaire se fit jour par la paroi antérieure, après avoir été ouvert dans la cavité de

Retzius (obs. I et VI); trois fois à la partie postéro-inférieure, au-devant du rectum (obs. VIII, IX et XIII); deux fois à travers la paroi vésicale droite (obs. II et XIV); dans cette dernière, l'ouverture a été vue à l'endoscope et dans les huit observations qui restent on n'a pas pu voir l'ouverture, les malades étant guéris, ou on ne l'a pas cherchée pendant l'opération.

Les dimensions de l'ouverture sont en général petites allant de la grandeur d'une simple fente à un doigt de diamètre. Elle est unique, excepté dans l'observation XIII, où il y a deux petites perforations de forme arrondie, à bords minces, comme ulcérés.

Le pus, en s'écoulant avec les urines, a été en contact avec la muqueuse vésicale. Il fallait s'attendre à des désordres graves du côté de celle-ci. Il n'en est pas tout à fait ainsi sur les cinq autopsies que présentent nos observations : dans deux cas (obs. VI et VII), la muqueuse est absolument saine et il en est de même dans l'observation V vue à l'endoscope, et Sédillot étonné dit : « Chose remarquable, la surface interne (parlant de la vessie) ou muqueuse en était blancheâtre et sans aucune altération, à l'exception du point ulcéré. » En effet, dans son observation VI il note les plus grands dégâts, et cependant la muqueuse vésicale est restée complètement saine. Dans les observations I et IX la muqueuse vésicale est enflammée et injectée.

Dans l'observation XIII, nous avons des lésions de cystite chronique végétante consistant en de nombreuses petites excroissances polypiformes, du volume d'un grain de millet ou d'une lentille, brunes et comme ulcérées à leur sommet, disséminées sur toute la surface postérieure de la vessie; mais nous croyons que les lésions de cystite

étaient antérieures à l'appendicite, et il ne faut voir ici qu'un phlegmon s'ouvrant dans une vessie déjà malade.

M. le professeur Guyon, dans ses cliniques, dit : « La résistance vitale des cellules épithéliales à l'infection et les limites qu'elles lui imposent sont bien frappantes dans les observations de malades dont la vessie est en communication permanente avec un foyer purulent, avec des urines chargées de toxines très actives, ou avec l'intestin » ; c'est ainsi, croyons-nous, que nous devons expliquer les trois cas (obs. VI, VIII et XIV) chez qui on n'a pas trouvé d'altérations de la muqueuse.

Plus loin, M. le professeur Guyon ajoute : « Les microbes n'agissent qu'avec le concours de la rétention. » Et en effet, dans l'une de nos observations (obs. I), où la muqueuse est enflammée et injectée, il y a des symptômes de rétention, puisqu'on était obligé de sonder le malade.

Au point de vue symptomatique, nos observations présentent deux ordres de faits : d'un côté, symptômes imputés au flegmon appendiculaire lui-même, et, de l'autre, phénomènes vésicaux.

Dans l'observation XV, la présence du pus dans les urines n'est pas signalée, mais des douleurs intenses dans le bas ventre venues subitement, les vomissements, la tumeur en forme de boudin au niveau du cæcum, le balonnement du ventre font bien penser à une appendicite. Après quelques jours de souffrance, la tumeur diminue, on sent pendant quelque temps dans la fosse iliaque droite un peu d'empâtement qui disparaît à la fin ; en même temps que ces phénomènes se déroulent du côté de la paroi abdominale, la vessie, elle aussi, se distend, re-

monte jusqu'à l'ombilic et il y a rétention complète. On la vide par le catéthérisme. Après une dizaine de jours, on constate, au niveau de la vessie, un empâtement que l'auteur croit devoir attribuer à la présence de matières fécales. La présence de ces dernières nous fait penser qu'il y a eu une fistule vésico-intestinale. Cependant, l'auteur n'a pas relevé de pus ou d'autres matières intestinales dans les urines. Peut-être est-ce un oubli, car il n'a pas noté non plus si les selles contenaient du pus ou non. On peut supposer qu'il y eut une résolution de la tumeur, mais alors comment expliquer un empâtement de la vessie ?

L'opération n'a pas été faite. La guérison a été obtenue, tout au moins apparemment, mais le malade était très affaibli et amaigri.

Dans toutes les autres observations on a constaté du pus dans les urines ; mais tandis que chez quelques malades nous avons des phénomènes vésicaux, chez d'autres, au contraire, c'est la seule présence du pus dans les urines qui nous révèle que la vessie est endommagée.

Ainsi, les malades des observations V, VII, VIII, X, XI, XII, XIV, donc sept sur quinze, n'ont rien présenté en tant que symptômes vésicaux, exception faite, bien entendu, de la pyurie.

Celle-ci n'a pas un caractère constant : tantôt elle est intermittente à des échéances plus ou moins longues ; tantôt, au contraire, elle s'écoule à flots puis s'arrête presque complètement (obs. XII).

Dans beaucoup de ces observations, le pus ne suit pas un chemin unique, et, outre son écoulement dans la vessie, il sort encore par d'autres ouvertures. Les observations

V et X mentionnent que le phlegmon appendiculaire était ouvert tout d'abord à travers la paroi abdominale, puis du pus était rejeté par des selles et enfin en dernier lieu on constatait que les urines en contenaient aussi. La guérison fut obtenue par le drainage naturel.

La septième observation est d'une malade qui présente une appendicite à répétition qui pendant longtemps ne s'est pas fait jour au dehors ; enfin l'évacuation se fait par le rectum et la vessie, mais celle-ci livre passage aussi à des matières fécales et à des gaz. La guérison est obtenue par une entéro-anastomose entre l'intestin grêle et le côlon transverse.

La malade qui fait l'objet de l'observation VIII a eu un phlegmon appendiculaire qui suppurait depuis très longtemps. La paroi abdominale était criblée de fistules ou de cicatrices d'anciennes fistules. Par ces fistules sortaient à la fois des matières stercorales, du pus et de l'urine. La mort du malade est due à la péritonite généralisée récente, à la suite probablement de l'accès du pus du phlegmon dans la grande cavité.

Chez le sujet de la onzième observation, le pus s'évacuait par l'anus et la vessie ; chez la malade de la douzième observation il y a eu une seule fois du pus dans les urines en grande quantité, il est vrai, puis la tumeur s'est écoulée par le vagin et a fini par disparaître.

La malade de l'observation XIV n'a présenté que la seule ouverture de la vessie.

Nous avons dit antérieurement qu'il y a des malades qui présentent au cours de leur phlegmon appendiculaire ouvert dans la vessie des phénomènes vésicaux (cystite).

Ainsi les observations I, II, III, IV, VI, IX et XIII

relatent les symptômes d'une cystite ; celle-ci est variable dans son intensité et dans sa durée.

Le siège du phlegmon par rapport à la vessie nous paraît avoir de l'influence sur les symptômes vésicaux. Ainsi l'abcès siégeant au côté droit sur la face latérale de la vessie dans l'observation II, et à la partie postérieure de celle-ci dans l'observation IX, se révéla à peine par quelques petites crises de cystite.

Dans les observations III et IV, il n'est fait mention ni du siège du phlegmon sur la vessie, ni du lieu de son ouverture dans celle-ci, mais on relate des symptômes vésicaux très accusés, ayant même persisté après que la fistule vésicale se fût fermée (IV).

Chez les malades qui font l'objet des observations I et VI, le phlegmon appendiculaire se fait jour par le côté antérieur de la vessie, après avoir été ouvert bien entendu dans la cavité de Retzius. La cystite est très intense ; chez le premier, mictions fréquentes, très douloureuses, incontinence d'urine (I) ; chez l'autre, les phénomènes ont été tellement aigus, — pollakiurie, irradiation de la douleur au périnée, à la vessie, au bout de la verge — qu'ils ont même détourné l'attention au point de laisser ignorer l'appendicite (VI).

Nous devons nous demander à quoi tient cette différence de l'expression symptomatique du côté de la vessie. Pour nous, cette différence tient à ce que le tissu cellulaire lâche qui entoure la vessie est très abondant au devant de celle-ci, dans la cavité prévésicale, tandis qu'ailleurs cette couche est très mince et doublée du péritoine. Or, nous avons vu la résistance qu'oppose le péritoine : son épaissement préserve de l'inflammation la couche cellu-

laire sous-jacente entourant la vessie et, viendrait-il à céder, ce ne serait qu'en un point très limité permettant le passage du pus et la vessie ne serait intéressée que par cette ouverture. C'est ainsi, croyons-nous, qu'il faut expliquer l'absence de symptômes vésicaux chez les malades des observations V, VII, VIII, X, XII, XIV.

La cause des phénomènes vésicaux dans les autres observations serait alors l'inflammation du tissu cellulaire prévésical, ou, ce qui revient au même, la *péricystite concomitante* d'origine intestinale, ou encore la *fausse péricystite*, comme l'appelle M. Guyon. En effet, ce qui vient à l'appui de notre assertion, c'est d'une part la rétrocession surprenante de ces symptômes après l'évacuation du pus qui stagnait dans la cavité prévésicale, et d'autre part, l'interprétation de l'observation VI, dans laquelle bien que la muqueuse vésicale fût absolument saine, les phénomènes vésicaux primaient ceux de l'appendicite.

Malheureusement, dans aucune de nos observations on n'a noté l'état du tissu cellulaire périvésical.

La symptomatologie de l'ouverture dans la vessie des phlegmons appendiculaires n'est pas très complexe. Elle se résume à deux grands signes : évacuation du pus avec les urines, diminution et affaissement de la tumeur. Très souvent rien ne fera prévoir cette ouverture de l'abcès et c'est au moment où le malade ne s'attend à rien que la collection se vide et fait éprouver une envie subite d'uriner. Souvent aussi il y a des signes précurseurs qui font craindre l'ouverture dans la vessie, dysurie qui peut être assez marquée, et aller dans certains cas jusqu'à la rétention (obs. XV) ; seulement des mictions fréquentes, dou-

loureuses et accompagnées de ténesme vésical (obs. I, III et IV). Mais quand la fistule est établie, la vessie quoique baignée par le pus ne s'infecte pas, sa muqueuse résiste très longtemps contre l'agression, et alors les symptômes énumérés plus haut sont dus presque toujours à la péricystite concomitante.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

Le diagnostic ressort des symptômes que nous venons de signaler et n'est absolument certain que lorsque la présence du pus dans les urines a été constatée. Les symptômes de la péricystite peuvent seulement éveiller l'attention et faire prévoir que le phlegmon cherche à se faire jour en dehors par la vessie ; ils ne sont rien de plus pour le diagnostic.

Le pronostic dépend presque entièrement de la facilité avec laquelle le phlegmon peut être drainé. Son ouverture dans la vessie lui assure un écoulement qui ne peut être que salutaire pour le malade — on a vu des guérisons.

Mais quel est le pronostic dans les cas où par la fistule viennent à s'échapper non seulement du pus, mais aussi des matières stercorales et qu'il y a une communication entre la vessie et l'intestin ? On peut supposer *a priori* que les nombreux microbes qui sont les hôtes habituels du tube digestif vont envahir la vessie et une crainte bien naturelle vient aussitôt à l'esprit de les voir provoquer chez celle-ci des accidents fort graves.

Or, on sait combien cet organe est apte à se défendre

contre l'invasion. M. le professeur Guyon, dans ses *Leçons cliniques* dit à ce sujet : « Les matières intestinales et les gaz qui prennent voie par la vessie déterminent de la cystite. Mais l'inflammation de la *muqueuse vésicale* ne figure pas parmi les phénomènes précoces et surtout elle évolue lentement, elle n'est pendant longtemps que très peu accentuée : elle se modifie très facilement par de simples lavages à l'acide borique ; la fièvre se montre très rarement ; j'ai longtemps suivi et je suis encore des malades qui n'ont pas ou qui ont peu de troubles de la miction ; ils ne les éprouvent que passagèrement, ils n'ont point d'accidents généraux. »

Nos observations confirment pleinement les assertions du professeur Guyon. Ainsi, dans sept de nos cas, nous n'avons aucune manifestation vésicale et chez les autres, ces manifestations durent peu longtemps.

Dans les cinq autopsies, la mort ne peut être incriminée à cette terminaison du phlegmon... Ainsi, chez les sujets qui font l'objet des observations I et VII, la mort est causée par péritonite aiguë ; chez celui de l'observation VI, elle est due à la phtisie pulmonaire.

Chez les malades des observations IX et XIII la cause de la mort n'est pas spécifiée ; mais la treizième a présenté longtemps des hématuries, et nous pensons que chez elle la cystite est antérieure à l'appendicite, celle-ci venant se greffer sur un organisme déjà très débilité.

Donc, nous pouvons conclure qu'il n'y a pas lieu de craindre des désordres graves du côté de la vessie, et, quand le phlegmon appendiculaire s'ouvre dans celle-ci, c'est d'un pronostic favorable pour le malade.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il faut aller au-devant du pus partout où il se trouve, afin de lui donner issue, et cela le plus tôt possible : c'est une règle en chirurgie moderne. Pourquoi la fosse iliaque ferait-elle exception ? Ne vaudra-t-il pas mieux aller chercher le corps de délit dans ses retranchements. Pourquoi laisserait-on les malades sous le coup des complications les plus terribles qui peuvent les emmener d'un instant à l'autre : triste perspective disparaissant au prix d'une opération devenue presque innocente.

M. Dieulafoy nous dit : « On ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite, on se repent souvent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard. »

Ainsi, le meilleur conseil que nous devons donner en présence d'un malade atteint de cette affection et à plus forte raison après quelques rechutes, c'est de se faire opérer au plus tôt.

Quand le phlegmon s'est fait jour, quelle conduite doit-on tenir ? Si l'évacuation du pus est suffisante par le chemin qu'il s'est fait, on voit la guérison arriver fréquemment par le seul fait de l'ouverture de l'abcès, soit

dans l'intestin, soit dans le vagin ou la vessie, alors l'intervention est inutile.

Si, au contraire, on juge que l'évacuation est incomplète, et que l'on craigne le retour des accidents, l'incision s'impose. Celle-ci peut avoir un double but, permettre de chercher l'appendice et l'enlever ; de servir de contre-ouverture pour assurer le mieux possible l'écoulement du pus et le drainage. Ce dernier parti, croyons-nous, est encore préférable : il permet de s'assurer *de visu* qu'il n'y a pas lieu de craindre de petits enkystements pouvant donner naissance à des rechutes.

En effet, les écarts de régime, les excès de toutes sortes peuvent réveiller les micro-organismes restés latents et inoffensifs, cantonnés dans les adhérences du péritoine, les cicatrices, les parois épaissies de l'appendice, et leur faire reprendre toute leur virulence.

L'issue du pus par la vessie ne doit pas nous faire craindre des désordres graves chez celle-ci.

Nous avons vu précédemment que les phénomènes péri-cystiques rétrocedent rapidement après l'évacuation du pus. Tout au plus doit-on calmer les douleurs par des lavages répétés à l'eau bouillie. Il faut savoir, en effet, que « les perforations vésicales se guérissent souvent spontanément » (Roux, de Lausanne).

OBSERVATION I

(Brun, *Presse médicale*, t. V, p. 341, 1896.)

Abcès appendiculaire, devient médian et s'ouvre dans la cavité de Retzius. — Phénomènes intenses de cystite. — Pus dans les selles. — Ouverture dans la vessie. — Pus dans l'urine. — Intervention. — Mort par péritonite généralisée.

Le nommé L. L..., âgé de neuf ans et demi, entre le 22 mars 1895, à 7 heures du soir, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Giralès, lit n° 12, dans le service de M. de Saint-Germain. Les parents nous fournissent les renseignements suivants :

L'enfant a eu la rougeole à l'âge de sept ans. Il y a deux mois, il fut pris d'une violente diarrhée avec coliques, qui lui dura deux jours, et que l'on attribua à l'ingestion de poisson avarié. A part cette indisposition, l'enfant serait plutôt constipé depuis deux mois et demi.

Le 7 mars, c'est-à-dire il y a quinze jours, l'enfant est pris d'une douleur extrêmement violente dans les reins et dans le côté droit du ventre; on le couche et pendant la nuit surviennent des vomissements. Le lendemain, 8 mars, l'enfant souffrant toujours, les parents font appeler un médecin qui constate dans le ventre, au niveau de la région hypogastrique du côté droit, la présence d'une petite masse dure de la grosseur d'un œuf de poule. Il n'y a pas de tuméfaction apparente sur la paroi abdominale, mais, par la palpation, on sent très facilement cette petite tumeur, que les parents constatent eux-mêmes. Le médecin ordonne le repos au lit, des cataplasmes et une purgation à l'huile de ricin.

Les jours suivants, l'enfant continue à souffrir du ventre, la tumeur augmente de volume et devient de plus en plus médiane. Il

n'y a pas de diarrhée; l'enfant a, tous les deux jours environ, des selles d'une odeur extrêmement fétide. Il n'y a encore rien d'apparent à l'extérieur sur la paroi abdominale.

Ce n'est que le 20 mars, c'est-à-dire il y a deux jours, que les parents s'aperçoivent qu'il se dessine une saillie sur la partie médiane et inférieure du ventre de l'enfant. A ce moment, la fièvre est assez vive.

Le 21 mars, l'enfant commence à souffrir en urinant. les mictions sont fréquentes, peu abondantes et lui arrachent des cris. L'urine est claire et sans odeur.

Le lendemain 22 mars, il survient de l'incontinence d'urine dans la journée, et la tuméfaction est devenue beaucoup plus volumineuse. L'enfant est amené le soir à 7 heures, à l'hôpital, avec le diagnostic d'abcès de la paroi abdominale.

A son entrée, en découvrant l'enfant on constate à première vue, au niveau de la région hypogastrique, une volumineuse saillie de forme ovoïde qui remonte jusqu'à deux travers de doigt, au-dessous de l'ombilic. Cette saillie est absolument médiane et donne à la partie inférieure de l'abdomen exactement le même aspect que celui d'une vessie très distendue. Il n'y a ni rougeur, ni œdème de la peau du ventre, qui n'est pas adhérente aux plans sous-jacents. Les mouvements des membres inférieurs sont libres; l'extension et la flexion des cuisses se font sans douleur.

En palpant le ventre, on trouve une grosse masse ovoïde, extrêmement dure, masse nettement fluctuante, ayant aussi la forme et les caractères de la vessie très distendue.

Le sommet de cette masse est arrondi, et se trouve à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. De chaque côté, le ventre souple permet d'enfoncer très facilement les mains dans les fosses iliaques, et de délimiter ainsi les bords de cette masse, qui ne s'étend pas plus à droite qu'à gauche. Par en bas, cette tumeur descend jusqu'au pubis, qui est lui-même douloureux à la pression; mais il n'y a ni œdème, ni empâtement des bourses ou de la partie supérieure des cuisses; par en bas aussi, cette tumeur reste nettement abdominale.

L'exploration de la tumeur elle-même est douloureuse; mais tout le reste du ventre est souple et indolore.

On demande au petit malade de vouloir bien uriner; il émet de lui-même une petite quantité d'urine claire et sans odeur; on le sonde ensuite pour s'assurer que la vessie s'est bien vidée; mais, après cette évacuation de la vessie, la tumeur reste aussi volumineuse.

En pratiquant le toucher rectal, on sent en arrière du pubis, et remontant derrière la paroi abdominale, une grosse masse molle, située sur la ligne médiane et ne s'étendant pas plus d'un côté que de l'autre. Lorsqu'on presse avec l'autre main sur la paroi abdominale, au niveau de la tumeur, la fluctuation est très nettement transmise au doigt introduit dans le rectum.

D'après cet examen, il semble bien que l'on se trouve en présence d'une tumeur fluctuante, située non profondément dans la cavité abdominale, en arrière des muscles droits, dans la cavité de Retzius.

La température est de 38°5; la langue un peu blanche; le pouls un peu rapide, mais bon.

Le lendemain matin, 23 mars, la tuméfaction a augmenté de volume et s'est un peu étalée du côté droit. Cette augmentation de volume se constate aussi très nettement par la palpation; la tumeur remonte maintenant jusqu'à l'ombilic. La fosse iliaque du côté gauche est toujours libre; mais du côté droit l'empâtement est plus marqué que la veille et ne permet plus si bien l'exploration de la fosse iliaque de ce côté; le reste du ventre est souple et indolore; l'enfant a uriné goutte à goutte dans la nuit; l'état général ne semble pas plus mauvais que la veille; la température est à 38 degrés.

M. de Saint-Germain et moi nous examinons l'enfant, et concluons à un abcès de la cavité de Retzius, d'origine probablement appendiculaire; nous sommes d'avis d'intervenir immédiatement.

L'enfant endormi, la tumeur se laisse facilement délimiter du côté droit, et on constate que la fosse iliaque de ce côté est libre. Au moment où l'on se prépare à le sonder, l'enfant urine seul, mais son urine est trouble, extrêmement fétide, d'odeur fécaloïde, et

contient des grumeaux de pus; l'ouverture de l'abcès dans la vessie est évidente.

On pratique sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 10 centimètres, à partir du pubis; les parois sont très vasculaires; les muscles droits, violacés et saignants, se laissent facilement déchirer par la sonde cannelée, et aussitôt s'échappe un mélange de pus et de sang fétide, d'odeur fécaloïde.

Le pus évacué, on se trouve en présence d'une poche du volume d'une mandarine environ. Elle est située en partie dans la paroi abdominale, en arrière des muscles droits, et en partie derrière la symphyse pubienne. Elle occupe la ligne médiane, mais s'étend cependant un peu plus à droite qu'à gauche; sa paroi est tapissée d'une membrane blanchâtre, tomenteuse. Tout autour de cette cavité d'abcès existe une induration énorme de la paroi abdominale, induration qui forme la plus grande partie de la masse que l'on sentait avant l'intervention. Cette poche est lavée à l'eau bouillie, puis drainée et pansée à la gaze iodoformée. Le soir, la température est de 39°2.

200 grammes d'urine ont été rendus dans la journée; urine toujours trouble et d'odeur fétide. Le ventre est souple, sans ballonnement, sans douleur à la pression. L'enfant a vomi plusieurs fois dans la journée; son facies est bon, son pouls rapide, mais bien frappé.

A 8 h. 1/4, l'enfant demande à boire, on lui donne un peu de champagne glacé; l'infirmière le quitte un instant pour aller auprès d'un autre malade: quand elle revient auprès de lui, elle le trouve expirant.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée trente-six heures après la mort. L'abdomen est ouvert au moyen d'une incision curviligne, allant d'une épine iliaque à l'autre, en passant au-dessus de l'ombilic, de façon à obtenir un grand tablier que l'on puisse rabattre. Au moment où l'on incise le péritoine, un flot de liquide séro-purulent s'échappe; l'épiploon adhérent à la face postérieure de la paroi abdominale est coupé; la paroi est alors soulevée et permet d'apercevoir les anses intestinales baignant dans le pus. Leur surface péritonéale est rouge et dépolie, mais elle n'est pas recouverte

de fausses membranes ; la péritonite purulente généralisée paraît assez récente.

Dans le but de rechercher les rapports que l'appendice pouvait bien avoir avec toutes les lésions, on enlève en une seule masse la partie de la paroi abdominale qui contient l'abcès avec la vessie, le cæcum et un certain nombre d'anses de l'intestin grêle qui adhèrent à la face postérieure de la paroi abdominale.

Le cæcum était absolument libre dans la fosse iliaque droite, ne présentant aucune adhérence, ni avec la paroi, ni avec les autres anses intestinales.

On recherche alors l'appendice. Il part du côté externe du cæcum, le contourne, se dirige en avant et en dedans de la ligne médiane, *et son extrémité vient se perdre dans la paroi postérieure de l'abcès pariétal.* Tout le corps de l'appendice est sain, libre, sans adhérence.

Le doigt, introduit dans l'abcès de la paroi abdominale, permet de sentir au fond et à droite de la poche une sorte de dépression, de diverticule qui répond au point où *l'extrémité de l'appendice vient se perdre dans la paroi de l'abcès.* Une sonde cannelée introduite dans ce diverticule, pénètre très facilement dans l'appendice. Il y a donc perforation de l'appendice à son sommet et large communication de sa cavité avec la poche purulente.

Les anses de l'intestin grêle que l'on avait enlevées avec la masse de la tumeur n'adhèrent que faiblement à la face postérieure de l'abcès et s'en laissent facilement détacher ; mais en ce point *existe une* large perforation qui fait communiquer l'abcès avec la grande cavité péritonéale. Cet orifice se trouve situé au-dessus et en dedans de la perforation appendiculaire.

La vessie est ouverte : *elle contient du pus* ; ses parois sont très épaissies, surtout au niveau du sommet et de la face antérieure, devant laquelle l'abcès descend assez bas. Sur la muqueuse se trouve de nombreuses taches ecchymotiques, et c'est dans un de ces points ecchymotiques qu'a dû se faire la perforation, mais on ne peut l'apercevoir.

Quant à l'abcès lui-même, il est bien pariétal ; il est situé immédiatement derrière les muscles droits ; sa paroi postérieure est

fermée en haut par le péritoine épaissi et le grand épiploon adhérent ; en bas, par la face antérieure de la vessie.

Le reste de l'autopsie ne présentait rien de bien particulier ; tous les organes étaient très congestionnés, spécialement les poumons et les méninges ; les reins étaient normaux ; le foie et la rate déjà en décomposition cadavérique avancée.

Il nous reste un dernier point à signaler : c'est que, au moment de l'intervention, du pus de l'abcès a été recueilli dans une pipette stérilisée. Ce pus, à l'examen direct sur lamelles, s'est montré très riche en microbes de formes extrêmement variées, semblant représenter toute la flore intestinale. En semence dans un bouillon et sur gélose, il n'a donné naissance à aucune colonie.

En résumé, l'autopsie nous a montré que la mort avait été déterminée par une péritonite purulente généralisée, consécutive à la perforation de l'abcès de la cavité de Retzius, abcès qui était lui-même sous la dépendance d'une appendicite perforante.

OBSERVATION II

Leplat, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*,
p. 91, 1897.)

Abcès appendiculaire s'ouvrant dans la vessie sans phénomènes de cystite : pyurie intermittente. — Opération. — Guérison.

Comme antécédents morbides du malade, on ne relève qu'une blennorrhagie compliquée d'orchite dans sa jeunesse, et en 1888 une attaque d'influenza assez sérieuse.

Il aurait eu, du moins à cette époque, de la fièvre avec céphalalgie, abattement, douleurs abdominales, constipation d'abord, puis débâcle et diarrhée.

Au mois de novembre 1894, quelques jours après une longue marche, il ressentit dans la région de l'aîne droite une douleur

assez vive qui l'obligea à se coucher. Il avait en même temps de la fièvre et de la constipation et, au bout de deux jours, il crut bon de prendre un purgatif.

Ce fut seulement huit jours après le début, le 16 novembre, qu'il fit appeler un médecin. Celui-ci pensa à des accidents d'inflammation intestinale et prescrivit le repos, des purgations et l'application des cataplasmes sur la région douloureuse. A quelques jours de là, il découvrit dans la région hypogastrique une petite tumeur du volume d'un œuf qu'il crut être un abcès et dont il attendait l'élimination par le rectum. A sa grande surprise, l'ouverture se fit dans la vessie, car un jour, trois semaines environ après le début des accidents, le malade s'aperçut qu'à la fin de ses mictions il émettait par l'urètre une certaine quantité de pus. En même temps, les phénomènes inflammatoires et douloureux s'amendèrent beaucoup. Toutefois, par la suite, des crises douloureuses se reproduisirent tous les quinze jours à trois semaines d'abord, puis de plus en plus fréquemment. La douleur partait toujours de la même région inguinale, pour s'irradier dans le reste de l'abdomen durant un, deux ou trois jours, et disparaissait lorsque le malade avait rendu avec l'urine du pus blanchâtre ou blanc rougeâtre, variant comme quantité d'un dé à un demi-verre par miction; cela dure également deux ou trois jours. Les pressions et manipulations de la région rappelaient les mêmes phénomènes, douleurs et rejet des matières purulentes.

Au début, le patient avait gardé sévèrement le lit pendant une dizaine de jours; puis il avait tenté de se lever, mais avait dû se recoucher peu de temps après. Il avait même fait, à cette époque, un séjour à l'Hôtel-Dieu de Douai, du 5 février au 11 mars, mais sans grande amélioration. Enfin, il reprit tant bien que mal ses fonctions de comptable, mais souvent il se voyait obligé de les interrompre pour un repos de plusieurs jours.

Voici les résultats de l'examen du malade à son entrée :

Par l'examen physique, on constate à deux doigts au-dessus de l'arcade de Fallope et un peu en dedans de son milieu une tuméfaction du volume d'une grosse pomme, douloureuse, de consistance dure, présentant quelques bosselures à sa surface, paraissant im-

mobile dans le bassin et qui semble bien en contact avec la région vésicale.

Le toucher rectal montre que cette tumeur n'est en rapport ni avec la prostate, ni avec les vésicules séminales qui ont leur forme et leur volume normaux. Mais un peu plus haut et à droite, le doigt rencontre également une tumeur dure, mamelonnée, que le palper bimanuel montré bien être en connexion avec celle qu'on sent par le ventre.

Le lendemain de cette exploration, le malade est pris de douleur et expulse avec l'urine une certaine quantité de pus jaunâtre, bien lié, non granuleux.

Il est évident qu'il s'agit d'une pyurie intermittente provenant d'une collection péri-vésicale. Mais le point difficile à éclaircir est l'origine de cette collection. S'agit-il d'une appendicite ouverte dans la vessie ou d'un adéno-phlegmon qui aurait eu la même issue ?

Il est remarquable toutefois que si l'on se trouve en présence de la première hypothèse, on ne retrouve dans les urines aucune trace de débris intestinaux. Il faudrait donc supposer que la communication avec l'intestin est complètement oblitérée.

Le malade a maigri, surtout au début de son affection, mais son état général est actuellement bon, ce qui est plutôt défavorable à l'hypothèse d'un néoplasme. Pas de fièvre, pas de constipation habituelle, pas d'albumine dans les urines.

On se décide à intervenir par une laparotomie latérale, non avec l'espoir d'enucléer la tumeur en totalité (elle paraît trop adhérente pour cela), mais avec l'intention d'enlever ce qui sera possible et de terminer par marsupialisation ou drainage.

L'opération est faite le 29 février. On fait une incision verticale et latérale d'environ 14 centimètres à un travers de doigt en dehors du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. L'extrémité inférieure de cette incision descend à 4 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope. Les plans abdominaux étant sectionnés, on ouvre le péritoine à la même hauteur et on écarte les lèvres ; on trouve d'abord l'épiploon divisé en trois faisceaux venant se fixer à une tumeur très dure, sise au-dessus de l'arcade de Fallope, dans

son tiers interne, près de la vessie. Les trois bandes épiploïques sont sectionnées entre deux ligatures. Le chirurgien peut alors explorer attentivement la masse indurée.

Elle est constituée en avant par le cæcum portant en dedans 8 à 10 centimètres de la portion terminale de l'intestin grêle; nulle part on ne trouve trace de l'appendice. La tumeur adhère fortement en dedans, à la face latérale de la vessie; en bas elle est collée à l'arcade de Fallope, en dehors et en arrière au détroit supérieur du bassin et à la fosse iliaque.

La dureté de la masse est absolument ligneuse; il est impossible de la mobiliser en aucun sens, ni de la décoller sans s'exposer à une déchirure certaine de l'intestin. Le volume de cette tumeur dépasse celui du poing. En bas, elle descend dans la cavité pelvienne où elle se prolonge sous forme d'induration diffuse.

Pour donner du jour, on fait à la paroi abdominale une incision transversale d'une dizaine de centimètres, perpendiculaire à la première, qu'elle rencontre à son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, arrivant en dehors jusqu'à l'épine antéro-supérieure. On obtient ainsi un petit lambeau triangulaire qu'on renverse fortement en dehors en le saisissant avec des pinces de Muesoux.

On explore de nouveau la tumeur pour tenter de la décoller sur quelques points de sa périphérie. On est obligé d'inciser fortement au bistouri au-dessus de l'arcade de Fallope, dans le tissu fibreux néoplasique qui a la dureté du squirrhe. Cette incision s'écarte autant que possible de l'intestin et peut avoir une longueur de 4 centimètres. En décollant ensuite avec le doigt, le chirurgien a l'heureuse chance de sentir un corps extrêmement dur, du volume d'une grosse noix, situé dans cette région. Il l'extirpe doucement à l'aide d'une pince et reconnaît une pierre de forme oblongue, qu'un examen ultérieur a démontré être un *calcul fécaloïde*.

Celui-ci enlevé, il reste une cavité un peu fongueuse, mais sans pus, du volume d'une pomme qu'on nettoie à la curette.

Pensant qu'elle pouvait être la cause de la pyurie, le chirurgien recherche une communication de cette cavité avec la vessie.

Malgré des explorations nombreuses avec la sonde cannelée, on

ne trouve aucune communication ; on constate seulement une adhérence très intime et assez large (comme une pièce de 5 francs environ), avec la face latérale droite du réservoir urinaire

Dans la cavité para-intestinale, il semble exister un orifice de 1 centimètre carré environ, d'aspect muqueux, qui pourrait être une communication avec l'appendice vermiculaire ; mais on ne peut en acquérir la preuve ni à la vue, ni au palper, ni avec l'exploration à la sonde ; l'appendice est introuvable.

Il fallait borner là l'intervention ; toute tentative de décollement du gros intestin serait suivie de déchirure ; en effet, on peut sentir par le palper que toute sa face postérieure est épaissie, bosselée et a une consistance lardacée. De plus, un aide ayant introduit l'index dans le rectum rencontre facilement le doigt du chirurgien dans la cavité abdominale. Il reste entre les deux une masse diffuse de tissus interstitiels indurés, mais on ne sent plus, à proprement parler, de tumeur compacte comme avant l'opération.

On place alors un gros drain dans la cavité paro-cæcale ; on la bourre à la gaze iodoformée et on referme la paroi abdominale, comme d'ordinaire, par trois plans de suture.

Dans les jours qui suivent, l'état du malade est satisfaisant. Il n'a ni fièvre, ni vomissement, mais seulement des éructations fréquentes et une douleur assez vive au creux épigastrique. Glace sur le ventre.

Le pansement est renouvelé chaque jour et on retire peu à peu le ruban de gaze iodoformée, puis les drains. Notons un petit abcès de la paroi resté sans importance.

Le fait intéressant est celui-ci : qu'à partir de l'observation, on n'a plus observé ni trace de pus dans les urines, ni crise douloureuse vésicale. Les urines des premiers jours étaient rouges et laissaient un assez fort dépôt d'urates, mais rapidement elles se sont éclaircies et n'ont plus présenté rien d'anormal comme quantité et qualité.

L'état général du malade est excellent : il reste à la paroi un petit orifice dont l'oblitération n'est plus qu'une question de jours, et la guérison, sans aucun trouble des fonctions intestinales ou urinaires, semble assurée.

Il semble évident qu'on se trouve ici en présence d'un cas d'appendicite calculeuse (ou lithiasie appendiculaire, comme l'a récemment appelée Dieulafoy) ayant évolué vers la vessie. Le calcul s'est développé lentement dans l'appendice et a pu même atteindre le volume d'une noix sans provoquer aucune espèce d'accident ; le passé du malade est formel à cet égard.

Alors seulement l'oblitération s'est produite et l'appendicite a évolué d'une façon relativement silencieuse encore. Il y a eu perforation, chute et enkystement des calculs dans le péritoine ; puis l'abcès péritonéal s'est ouvert dans la vessie, tandis que se fermait rapidement la communication intestinale.

Il est resté dès lors une fistule faisant communiquer la vessie avec la poche fongueuse qui renfermait le calcul et c'est dans cette poche que se formait le pus qui, périodiquement, se vidait dans le réservoir urinaire,

OBSERVATION III

(Roux, de Lausanne, *Revue méd. de la Suisse Romande.*)

Abcès appendiculaire. — Douleurs à l'épigastre et à la région iléo-cæcale. — Constipation. — Traitement antiphlogistique. — Nouvelle crise de douleur. — Ballonnement du ventre. — Perforation de l'appendice. — Facies péritonitique. — Incision. — Sortie d'une grande quantité de pus. — Cystite suraiguë avec ténesme et pyurie. — Lavage à l'eau boriquée. — Crise de cholélithiasie. — Hernie à la cicatrice. — Guérison.

M^{me} St..., soixante ans. Forte pérityphlite, en 1880. Le 11 février 1886, violente crise de coliques, suivie de selle abondante et syncope, après un diner de choux. Région iléo-cæcale douloureuse à la pression. Opium, diète ; se remet assez vite. Emploie

depuis longtemps trois à cinq pilules Brandt par jour, pour constipation habituelle.

Les deux derniers jours de mars commencent des douleurs à l'épigastre et à la région iléo-cæcale qui augmentent et forcent d'appeler le docteur, le 3 avril 1896.

Le soir du 4, la malade qui a pris 60 grammes de ricin, est beaucoup plus mal. Le 5, la région iliaque encore plus douloureuse, ballonnement. Morphine et atropine. Le 7, on peut donner, avec un cathéter n° 12, un lavement qui remonte au-dessus d'un rétrécissement spasmodique du rectum, siégeant à 8 centimètres environ de l'anus. Quelque peu de fèces. Injection de morphine. Glace sur le cæcum. Le 8, pas de selle; ballonnement augmente; ventre douloureux. Lavement galvanique avec interruption — pôle négatif dans le rectum, — 30 à 36 milliampères sans effet. Nausées. Glace à l'intérieur. Toutes les trois heures, calomel, 30 centigrammes, poudre et extrait de belladone de chaque 15 milligrammes.

Après la deuxième poudre, une forte selle.

Douleur et ballonnement diminuent.

P. = 108. Consultation. Malheureusement, on décide de continuer le calomel. A 2 heures, le 5 avril, douleur subite et violente dans la région cæcale, qui s'étend à l'épigastre, au nombril. Le ventre se ballonne de nouveau immédiatement; facies péritonique. P. = 120. On admet une perforation. Champagne. Injection de morphine. Le soir, P. = 132. Morphine.

Le 10, au matin, P. = 120. La péritonite ne s'est pas étendue; ni vomissement, ni nausées; *fætor* et goût de pourri.

P. = 132 le soir; T. = 37°5. Rétention d'urine.

Le 11, à 4 heures du matin, douleur subite dans l'abdomen qui grossit encore. P. = 120; T. = 36°4. A 11 h. 1/2, la percussion douloureuse partout, le pouls mauvais; le facies péritonéal plus prononcé. On fait une incision oblique étendue, sans *narcose*, vu l'état de la malade. Il sort beaucoup de pus. A la partie inférieure de la plaie, on décolle les adhérences et voit sourdre entre les anses grêles du sérum trouble en assez grande quantité. Drainage du péritoine et de l'abcès séparés. Morphine, à cause de la

douleur plus grande après l'opération. Le soir. P. = 136; ballonnement plus accentué.

Le 12, ballonnement énorme, bruit de tambour, gargouillement; semble *ad exitum*. Morphine.

Dans la nuit du 12 au 13, dégagement subit après *petarode* horriblement puante, comme l'urine; le ventre devient souple, indolore, sauf au moment des *flatus*. Un peu d'iodoforme sur la plaie donne des symptômes *indubitables* d'intoxication; on se hâte de l'enlever.

Le 14 avril, le mieux s'accroît. Beaucoup de pus glaireux par le drain.

Le 17, ventre libre et détendu; le 18, il est douloureux quand la malade a mangé. Quelque peu de muco-pus dans la fistule.

Dans la nuit du 18 au 19, crise suraiguë de cystite. Urine trouble, alcaline, avec des quantités innombrables de streptocoques, sans albumine, ténésme intense, etc. Lavage boricé qui amène un soulagement et qu'on répète plus tard. Le 26, la fistule est fermée. La cystite qui s'améliore rapidement réapparaît à plusieurs reprises avec ténésme, pyurie; le 8 juin, avec grossier sable et douleurs dans le rein *gauche*. Le sable est composé de phosphate. Le 21 juin, les douleurs rénales à *droite* recommencent, après un bien-être de plusieurs jours, et des symptômes de cystite et de pyélite plus ou moins.

Le 24 juillet, violent accès de cholélithiase avec 40 degrés. P. = 144; selles puantes, décolorées, ictère, etc.

Au milieu d'août, réapparaît le sable dans l'urine, qui se montre à chaque dérangement de digestion.

Au milieu d'octobre, la malade qui a continué son traitement et en particulier les lavages de vessie, a fait de grands progrès. Elle urine toujours du sable, mais se lève, mange de grand appétit et travaille. Depuis trois mois, elle prend à l'intérieur de l'acide chlorhydrique.

Le 12 décembre, nouvelle crise de cholélithiase, 38°1 et P. = 120. Douleur sur la vésicule dans la région rénale droite. Ictère.

A la fin de l'année, elle est relativement guérie. Dès lors, elle

reprend vie, engraisse et travaille comme à l'ordinaire. Cependant, elle ressent encore çà et là des crises rénales et vésicales, même des cholélithiases. Ainsi le 22 avril 1887.

En juillet 1889, travaillant sans aucune gêne, elle s'assied sur la terre humide et y prend une nouvelle crise vésicale avec vaginite douloureuse, etc.

Dans la cicatrice, la paroi abdominale a cédé et laisserait former une hernie avec *une porte grosse* comme une pièce de deux francs à la partie inférieure.

17

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet, recueillie par
MM. les D^{rs} Briau et Genoud.)

Abcès appendiculaire. — Douleurs fréquentes dans la fosse iliaque droite depuis 5 à 6 ans, puis douleur brusque avec vomissement et empâtement. — Ballonnement. — Laparotomie médiane faite par M. Poncet. — La cavité purulente allait de la vessie au-dessus de l'ombilic. — Fistule intestinale et vésicale. — Cystite aiguë, fermeture de la fistule intestinale. — Persistance de la fistule vésicale. — Persistance de la cystite sans fistule. — Guérison.

Mlle M..., âgée de treize ans environ. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Constipation habituelle remontant à plusieurs années, depuis l'âge de six ou sept ans. A plusieurs reprises, douleur très vive dans la fosse iliaque droite. La première apparition de ces douleurs remontait aussi vers l'âge de six ou huit ans. Très fréquemment, à la suite de marche prolongée ou de mouvements violents, ces douleurs apparaissaient. Il y a deux ans environ, elle fut soignée (D^r Genoud) pour des phéno-

mènes d'hyperchlorhydrie qui ont bien guéri à la suite d'un traitement ordinaire.

Réglée pour la première fois en février de cette année (1898).

Le 29 mars, début de la maladie par des vomissements bilieux et quelques selles diarrhéiques avec douleurs très vives dans la fosse iliaque droite. T. = 39 degrés.

Le 30 mars, même état. Le 31, on commence à sentir de l'em-patement dans la région du cæcum, l'état général de la malade paraissait être bien meilleur. La température se maintient entre 38 et 38°5.

Le 1^{er} avril, ascension brusque de la température, 40 degrés.

L'état général est des plus mauvais.

Le 2 avril, T. = 38 degrés le matin. Langue rôtie, visage très grippé, pouls petit à 110, ventre ballonné et matité très nette dans toute la région iliaque droite, dans la région prévésicale et dans la région iliaque gauche. Glace et traitement ordinaire.

Le 3 avril, l'état général semble s'améliorer. La langue s'est dépouillée. Ventre beaucoup moins météorisé et moins sensible. Pouls à 50 et bon.

Le 5 avril, aggravation. Très mauvais état général. La matité abdominale s'est étendue. La langue est très sèche, la température toutefois ne dépassant pas 38°5. A ce moment, la malade fut confiée à M. le professeur Poncet, qui décida une intervention immédiate.

La laparotomie médiane, pratiquée dans une longueur de 5 à 6 centimètres, entre l'ombilic et le pubis, donna issue à une quantité notable de pus fécaloïde à odeur horrible. L'exploration, très rapide, permit de constater que le péritoine était cloisonné; mais la cavité purulente, fort grande, allait de la vessie bien au-dessus de l'ombilic, et en profondeur jusqu'à la paroi péritonéale postérieure. On fit, avec des éponges de gaze et un courant d'eau stérilisée, une toilette aussi complète et aussi rapide que possible de cette énorme cavité, et l'on y plaça un drain d'un gros diamètre.

La température tomba immédiatement à 38 degrés. Pendant les deux premiers jours, l'écoulement par le drain fut considérable, mais quand la quantité de matières fécales diminua dans sa com-

position, par suite de la non alimentation, on y constata la présence de l'urine : *il y avait à la fois fistule intestinale et fistule vésicale*. La miction, fort douloureuse avant l'intervention, et les caractères physiques de l'urine indiquaient déjà une violente cystite aiguë. La fistule intestinale disparut le troisième jour : l'écoulement, dès ce moment, fut uniquement urinaire.

L'état général, dès la fermeture de la fistule intestinale, se releva rapidement. L'alimentation ordinaire fut bientôt possible : seule la fistule urinaire et l'inondation urineuse de la cavité de l'abcès péritonéal retardaient la convalescence. Une sonde de Pezzet fut placée dans la vessie et des lavages faits toutes les trois heures à l'eau bouillie : l'eau injectée dans la vessie ressortait par la plaie abdominale qui se trouvait ainsi parfaitement lavée.

Au bout de dix jours (le 15 avril), la vessie retint l'injection, rien ne passa plus par la plaie abdominale. La plaie abdominale dès lors guérit vite : il ne restait à soigner que la cystite qui céda aux lavages répétés.

Le 30 avril, la petite malade, complètement guérie, fut envoyée à la campagne.

OBSERVATION V

(Menière, *Arch. de méd.*, p. 527, 1828.)

Phlegmon appendiculaire non traité, ouvert à la fois dans la vessie, le rectum et à l'extérieur. — Guérison complète.

E.-L. S..., âgé de onze ans, grand et très développé pour son âge, ayant rendu à diverses reprises des portions de tænia, fut traité de cette maladie par des moyens empiriques très violents, et qui occasionnèrent une entérite grave. Il entra à l'hôpital des enfants où une médecine rationnelle fit disparaître les symptômes. Il sortit conservant toujours un peu de diarrhée et des coliques

qui occupaient plus particulièrement la fosse iliaque droite. Ce ne fut que trois mois après sa sortie de l'hôpital que l'on s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans cet endroit. Qu'il y eût diarrhée ou constipation, elle conservait à peu près le volume d'une grosse orange. On la couvrit de différents emplâtres irritants qui firent rougir la peau. Pendant les deux mois qui suivirent, la tumeur s'accrut peu à peu ; le jeune malade souffrait beaucoup et ne pouvait plus marcher. Le pus s'écoula enfin au *dehors*, et ce ne fut que quand on vit que le patient ne guérissait pas qu'on se décida à appeler un médecin. Celui qui donna le premier ses soins jugea convenable d'agrandir l'ouverture extérieure et fit remplacer les onguents irritants par des cataplasmes émollients. La suppuration était louable mais peu abondante. La plaie se ferma et les accidents reparurent. Au bout de quinze jours, la tumeur reprit son volume primitif, et le pus fut rejeté par les selles. Je fus alors appelé.

La maladie datait de huit mois ; le jeune garçon était maigre, la diarrhée persistait, l'appétit était presque nul et les urines déposaient une grande quantité de mucus purulent. Au bout de trois jours, la cicatrice de la peau se rompit et le *pus s'écoula à la fois par le rectum, par la vessie et par l'ouverture extérieure*. J'eus le soin de faire coucher le malade sur le ventre pendant une grande partie du jour et de la nuit ; un régime sévère fut prescrit et le jeune garçon s'y soumit avec une exactitude scrupuleuse. Des injections astringentes et *détersives* furent faites par la fistule cutanée ; des boissons toniques furent prises en petite quantité, et bientôt l'appétit reparut. Au bout de deux mois, guérison complète.

OBSERVATION VI

(James Jonhson, *Gazette médicale*, p. 123, 1837.)

Abcès appendiculaire méconnu. — Phénomènes de cystite. — Autopsie : Vessie perforée à sa face anté-

rieure, partie moyenne. — Communication par un trajet sinueux avec l'abcès qui était autour du cæcum détruit.

Vers la fin de l'été dernier, je fus mandé voir un jeune homme, commerçant, offrant les conditions suivantes :

Emaciation extrême ; apparence d'une maladie organique grave. Il se plaint principalement de souffrir en urinant. Il est obligé d'uriner à chaque demi-heure, et rend une *once* d'urine chaque fois. Avant de se présenter au pot, il éprouve de la douleur à la vessie, au périnée et au bout de la verge : cette souffrance se prolonge pendant quelques instants après l'émission de la dernière goutte d'urine. Ce liquide ne s'arrêtait pas subitement en sortant, mais il était quelquefois sanguinolent. Il ne se plaignait pas de la région des reins et rapportait toute sa souffrance à la vessie et l'urètre. La pression au pubis augmentait la douleur.

Il y avait des symptômes de la phtisie pulmonaire (expectoration purulente, etc.). L'urine est pâle, trouble et acide. En la traitant par l'acide nitrique ou par la chaleur, la présence de l'albumine n'est point douteuse : on y observe cependant une sorte de précipité *floculent*, blanchâtre et opaque, analogue à de l'*adipocire*.

En passant une sonde dans la vessie, on donne issue à une petite quantité de liquide et on n'y découvre aucun corps étranger. Cette opération occasionne beaucoup de spasme sur les muscles du bulbe et de la douleur au périnée et dans la vessie. En passant un doigt dans le rectum et en relevant la prostate, la douleur de la soude était bien moindre.

Voici maintenant quel est le commémoratif de ce malade : Pendant plusieurs mois le malade avait éprouvé tous les symptômes de la phtisie, dont il avait été judicieusement traité ; il était déjà mieux lorsque, il y a deux mois, il vint me consulter pour des symptômes vésicaux. Les remèdes que j'ai employés pour cette dernière affection n'ont produit aucune amélioration.

Il est allé de pis en pis et il a fini par succomber subitement. Attendu l'état de ses urines, j'avais présumé l'existence d'une maladie des reins.

Autopsie. — Emaciation extrême. Existence de tubercules dans les poumons, à toutes les périodes. Reins et artères parfaitement sains. Vessie saine au premier coup d'œil ; la muqueuse de ce viscère n'est ni enflammée ni épaissie : sa paroi antérieure cependant présente vers sa partie moyenne un petit trou fistuleux, rond, ayant à peine le diamètre d'un pois. Sur ce point, la muqueuse est injectée et l'ouverture elle-même paraît le résultat d'une ulcération. Cette ouverture communique dans un trajet sinueux formé entre l'insertion des muscles au pubis et la membrane cellulaire correspondante.

Le trajet s'avance vers le côté droit entre les muscles et le péritoine, arrive dans la fosse iliaque où il s'ouvre dans une sorte d'abcès formé en partie par le cæcum, en partie par du tissu cellulaire. Une large partie du cæcum était détruite par un travail d'ulcération. La dissection ayant été continuée, on vit manifestement que ce vaste abcès iliaque communiquait avec l'intérieur de la vessie urinaire.

La muqueuse cæcale, celle de l'iléon et de la valvule correspondante était profondément ulcérée. Tout le reste de l'organisme était sain.

OBSERVATION VII

(Boiffin, *Bull. Soc. de chir.*, p. 308.)

Abcès appendiculaire. — *Persistance de la tumeur.*
— *Plus tard, évacuation du pus par la vessie et le rectum.* — *Opération.* — *Guérison.*

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans dont l'affection remonte à la première enfance ; dès cette époque, il a des crises de violentes douleurs abdominales avec symptômes atténués d'occlusion. En novembre 1889, le malade est atteint de typhlite qui ne suppure pas mais il persiste une tumeur avec douleur et fièvre. En jan-

vier 1890, on constate des *évacuations de pus dans la vessie et le rectum*; en outre, des gaz et des matières s'échappent par l'urètre. L'état général devient très grave; le malade ne prend plus que des aliments liquides, encore provoquent ils des douleurs violentes.

M. Boiffin diagnostique un rétrécissement du côlon ascendant et il fait une entéro-anastomose de l'intestin grêle avec le côlon transverse,

Pendant l'opération, il décolle le péritoine pariétal de la fosse iliaque pour aller à la recherche de l'abcès, mais il tombe sur une masse solide dans laquelle il pratique quatre *ponctions blanches*. La plaie guérit, la santé revient rapidement.

Remarquons d'abord cette typhlite qui ne suppure pas primitivement, mais persiste dans la forme d'une induration; au bout d'un an, un abcès pyo-stercoral s'ouvre dans la vessie et le rectum. Voilà, ce me semble, un nouvel argument en faveur de l'intervention dans la typhlite (Terrillon).

OBSERVATION VIII

(Sédillot, *Annales de chirurgie*, p. 305, 1841.)

Phlegmon appendiculaire. — Fistule à la fois vésicale et intestinale. — Mort par péritonite. — Autopsie : Cæcum très altéré; le bas-fond de la vessie perforé.

M. L..., officier de chasseurs, âgé de trente-quatre ans, entra au Val-de-Grâce en novembre 1839, pour un abcès fistuleux de la fosse iliaque droite. La constitution était profondément altérée, la maigreur presque portée au marasme, la sensibilité exaltée et les douleurs étaient assez vives.

A l'entrée à l'hôpital, il nous a présenté l'état suivant :

Quatre orifices fistuleux existaient dans la fosse iliaque, semblant

se diriger vers le cæcum et donnant une suppuration assez abondante ; d'autres ouvertures fistuleuses s'étaient plusieurs fois ouvertes et fermées, comme l'attestaient plusieurs cicatrices. Les orifices des fistules étaient bleuâtres et livides, compliqués d'un peu de décollement et peu éloignés l'un de l'autre. Le pus coulait principalement par l'un d'entre eux, qui se trouvait situé à un pouce en dedans de l'épine iliaque et sortait assez abondamment lorsqu'on pressait les téguments de haut en bas et d'arrière en avant ; dans ce pus se trouvait de temps à autre quelques matières stercorales et surtout des gaz ; mais depuis plusieurs mois, au dire du malade, on voyait peu de matières excrémentitielles mêlées à la suppuration.

Un liquide roussâtre, dont la quantité pouvait être évaluée à deux ou trois cuillerées, s'échappait habituellement des fistules, au moment de l'excrétion urinaire, et le chirurgien qui m'avait précédé dans le service en attribuait la source à quelque vieux foyer purulent, se vidant par la compression déterminée et par la contraction des muscles abdominaux. Nous eûmes quelques doutes à cet égard, et nous fîmes plusieurs essais pour nous assurer si ce liquide n'était pas de l'urine. Ainsi nous le fîmes recueillir après avoir prescrit l'usage alimentaire des asperges, et nous le trouvâmes l'odeur que présentent alors les urines ; l'analyse chimique nous a affirmé, de même, que le liquide était bien de l'urine. Il était donc évident que nous avions à traiter un ancien abcès de la fosse iliaque droite, compliqué de la perforation *du cæcum et de celle de la vessie* ; ainsi le liquide offrait le triple caractère de pus, de matières stercorales et d'urine. La lésion était bien grave et peu susceptible de guérison.

La diarrhée qui était constante, fut combattue par des demi-lavements amilacés et opiacés. L'alimentation fut prescrite assez légère et facilement digestible. Je dilatai avec de l'éponge préparée l'orifice fistuleux principal, pour prévenir la rétention des liquides sécrétés ou provenant de l'intestin, et je cherchai à engager un cathéter dans la vessie avec l'espoir de laisser une sonde en gomme élastique à demeure, si elle pouvait être supportée. Je voulais empêcher ainsi toute accumulation d'urine dans la vessie, et

m'opposer à la sortie de ce liquide par le trajet fistuleux ; mais le malade ne put jamais supporter la sonde, quoique le canal de l'urètre fût resté sain et n'offrit aucun rétrécissement.

Nous n'obtinmes aucune amélioration de ces tentatives, et au moment où M. L. , se disposait à aller aux eaux, malgré son extrême affaiblissement, il fut attaqué d'une péritonite partielle du côté gauche de l'abdomen, à laquelle il succomba le 18 mai 1840.

Autopsie. — L'examen cadavérique nous montra les parois abdominales de la fosse iliaque droite, décollées, épaissies, noirâtres ; tous les tissus subjacents, homogènes, indurés, comme squirrheux, la face *antérieure du cæcum* présentait le même état, cet intestin nageait au milieu d'un liquide noirâtre et était décollé en arrière où existaient plusieurs ulcérations assez larges, qui avaient donné passage aux gaz et aux matières intestinales pendant la vie. Dans l'intérieur du cæcum, la muqueuse avait été çà et là décollée et en partie détruite, sans perforation extérieure. Le décollement des parois abdominales gagnait inférieurement l'arcade crurale, et l'abcès ouvert avait envahi la fosse iliaque droite et s'étendait dans la cavité pelvienne. Toutes les parties situées dans le petit bassin étaient indurées, criblées d'abcès interstitiels assez larges ou changées en un détritüs blanchâtre ; la prostate avait disparu et était convertie en une collection purulente véritable enveloppant les vésicules séminales qui s'y trouvaient confondues. Le rectum était déprimé et entouré de pus, mais il était resté sain intérieurement, ainsi que tout le gros intestin depuis le cæcum. Une épaisse induration pelvienne renfermait les vaisseaux et les nerfs iliaques obturateur et l'uretère. Le *bas-fond de la vessie* était traversé par une ouverture étroite, noirâtre, communiquant avec les foyers purulents voisins et l'abcès iliaque. Les faces antérieure, supérieure et latérale de ce viscère étaient saines, et, chose remarquable, la surface interne ou muqueuse en était blanchâtre et sans aucune altération, à l'exception du point ulcéré.

À gauche, nous découvrîmes tous les signes d'une péritonite aiguë récente. De fausses membranes encore molles unissaient l'S iliaque du côlon aux surfaces voisines. Le muscle psoas du même

côté était ramolli, grisâtre, infiltré de pus, le muscle iliaque participait en dedans à la même altération, et c'étaient ces lésions subites antées sur tant de désordres anciens et profonds qui avaient évidemment causé la mort en quelques jours.

Si nous nous demandons quel a été chez M. L... le point de départ de la maladie, nous devons répondre par suppositions. On peut supposer qu'un abcès s'est formé dans la fosse iliaque droite, qu'il a dénudé et perforé le cæcum, et qu'une fois le passage des matières fécales établi dans le foyer, les tissus en contact se sont de plus en plus altérés par continuité, jusqu'au bas-fond vésical qui aura été ulcéré de la même manière.

OBSERVATION IX

*(The Boston medical and surgical Journal,
t. II, n° 11, p. 291, 1888.)*

Abcès appendiculaire. — Douleur subite. — Vomissements. — Ballonnement. — Constipation absolue. — Tumeur dans la fosse iliaque droite. — Opération : sortie de pus et de matières fécales. — Fistule vésicale et intestinale.

Ectopie scrotale. — Mort. — Autopsie : appendice vermiciforme altéré. — Adhérences multiples. — La vessie à sa face postérieure est perforée.

B..., âgé de quarante et un ans, marchand de livres, marié, ayant deux enfants, pas d'excès, pas de maladie antérieure, sauf du rhumatisme il y a six ans, et quelques attaques de dysenterie pendant les dernières années. Du côté droit il avait une ectopie du testicule et portait un bandage sans avoir d'hernie.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte de tuberculose. Le 29 mars 1888, dans l'après-midi, il a commencé à vomir et à

sentir une douleur dans l'abdomen. Pas de frisson. Le 30 mars, il se plaignait de fortes coliques.

A l'examen, pas de trace de hernie étranglée, le pouls peu accéléré. Dans l'après-midi, la douleur, qui avait été calmée par une injection de morphine, est devenue plus forte, et occupe les reins et la partie droite inférieure de l'abdomen.

Les vomissements biliaires continuent et le ventre, qui naturellement était plein malgré sa souplesse, présente un petit ballonnement. Pas de constipation absolue.

Le 31 mars, la température monte à 102 degrés Fahrenheit et le pouls à 100. La douleur augmente ainsi que les vomissements; la figure du malade trahit sa souffrance, arrêt des gaz et des matières. Cet état de la maladie avec ballonnement et tympanisme persiste jusqu'au 3 avril, sixième jour de la maladie, où l'idée d'une appendicite nous semble de plus en plus probable.

Les vomissements continuent fréquemment, sans odeur repoussante, mais causent de la transpiration. La nuit dernière il a éprouvé une nouvelle attaque. Quelques scybales apparaissent pour la première fois. L'aspect du malade est anxieux, les pupilles contractées, la peau refroidie, malgré la grande chaleur dont il se plaint. L'abdomen ballonné et météorisé, surtout dans la fosse iliaque droite où on trouve le cæcum, qui présente une diminution de souplesse, sans apparence de douleur.

La plus grande douleur siège dans le canal inguinal droit où il y a une résistance circonscrite, et le long de l'arcade crurale, près de l'épine iliaque.

Le testicule droit ne peut pas être senti, à cause de son ectopie. Il y a, à la palpation, une sensibilité dans la région iliaque gauche. L'hypogastre est sonore, pas douloureux. A l'examen rectal, on sent une tumeur dans le pelvis, douloureuse à la pression, et la douleur se propage du côté droit.

L'urine passe librement pendant le jour, mais la tumeur ne diminue pas après la miction. Quelques heures après il se produit une rémission dans les symptômes, et l'opération n'est pas jugée nécessaire cette nuit-là.

Le septième jour, au matin, le malade demande à manger. Les

vomissements ont cessé, l'abdomen est moins ballonné; la souplesse n'a pas augmenté, mais la tumeur ne se sent plus nettement. La température est tombée à 99°4 Fahrenheit; le pouls à 104.

Le dixième jour, léger frisson à 3 heures. T. = 100 degrés Fahrenheit.

Le douzième jour, la température descend à la normale dans la soirée. Forte injection de morphine. Le ballonnement abdominal a diminué; la miction est fréquente; l'urine en quantité normale.

Le seizième jour, l'induration reparaît dans la fosse iliaque droite, et l'on sent une tumeur à un doigt au-dessus de l'arcade crurale : cette tumeur a même volume, même forme, même densité que le testicule droit; elle est influencée par la toux et cause une légère douleur. L'abdomen est modérément distendu, généralement sonore, un peu mat dans la fosse iliaque droite, spécialement dans la région lombaire. A l'examen rectal, on croit que la tumeur pelvienne persiste. La température a monté de nouveau à 100 degrés dans l'après-midi. Le malade a pris un peu de champagne; le pouls est à 115-120; la face est grippée; le patient abattu. L'opération, jugée urgente, est faite dans l'après-midi du vingt et unième jour de la maladie. L'incision porte exactement au-dessus de l'arcade crurale jusqu'au péritoine, qui est détaché avec le doigt du muscle iliaque. L'abcès n'est pas facilement atteint, mais par une pression ferme dirigée du côté gauche de la ligne médiane, le doigt est poussé à travers le péritoine, dans une cavité de pus occupant le pelvis. En retirant le doigt, le pus commence à sortir, suivi de quelques matières fécales et de gaz. La cavité est lavée et drainée. La tumeur rectale a disparu. La température tombe à 98°4 et le pouls à 110. Dans l'après-midi, un frisson; la température monte à 102 degrés. le pouls à 140; mais le malade a bien passé la nuit. L'évacuation du pus a été faible, mais du lait, presque digéré, est sorti à travers les drains. La température devient irrégulière et tombe à 97 degrés au vingt-cinquième jour. Le malade s'affaibit de plus en plus, malgré le lait et le champagne qu'il prend.

Le vingt-cinquième jour, une douleur apparaît au côté gauche et persiste les jours suivants.

Le trente-troisième jour, à travers la plaie passent des matières fécales et des gaz. La nourriture consiste en lait et champagne. Aujourd'hui, pour la première fois, la malade va à la selle, la plaie donne moins. Les matières fécales apparaissent dans l'urine, avec de la douleur à la miction, et l'urine s'échappe à travers la plaie.

Le trente-quatrième jour, le gonflement du scrotum se perce, donnant issue à du pus, et la tumeur disparaît. Le malade ne souffre pas beaucoup, mais il est faible.

Le trente-cinquième jour, l'ouverture scrotale s'est élargie.

Le jour suivant, le malade va à la selle par l'anus et, dans le trente-neuvième jour de sa maladie (le 6 mai), il meurt.

Autopsie. — L'abdomen seul a été examiné. On trouve des adhérences entre l'intestin grêle, le colon descendant, le cæcum, l'S iliaque et la paroi abdominale. La cavité communique librement avec la plaie de la fosse iliaque droite. La base de l'appendice vermiculaire, de la longueur d'un demi-doigt, s'ouvrait dans la partie supérieure de la cavité. Il est épaissi et induré. Sur la partie postérieure de la vessie, à un doigt et demi (1 1/2) environ au-dessus du bord postérieur de la prostate, siège un orifice du diamètre d'un doigt, par lequel *la vessie communique librement avec la cavité purulente*. La muqueuse vésicale est injectée et enflammée. Les reins sont normaux. Le testicule droit est attaché à la paroi abdominale, sur le bord du pelvis. Il est petit et mou. En isolant l'intestin grêle, qui forme les brides de l'abcès, sa paroi a été facilement déchirée en plusieurs endroits. La muqueuse de la partie inférieure de l'iléon et le cæcum est normale. Le revêtement péritonéal de l'iléon présente quelques brides et déchirures.

OBSERVATION X.

(Dance et Husson, *Répertoire d'anatomie*, t. IV, obs. 17, 1827.)

Garçon de onze ans. Entérite grave; trois mois après tumeur

dans la fosse iliaque droite. Deux mois après ouverture spontanée au dehors et, plus tard, dans le cæcum et la vessie. Guérison le dixième mois.

OBSERVATION XI

(Ménière, *Archives de médecine*, 1828).

Abcès appendiculaire. — Symptômes gastro-intestinaux.

— *Fistules à la fois intestinale et vésicale. — Guérison.*

X..., vingt ans, porteur d'eau, assez faible; écart de régime qui donne lieu, en août 1827, à des nausées, des coliques et une diarrhée abondante qui dure douze jours. Constipation pendant trois jours, et bientôt symptômes gastriques graves, ténesme très douloureux. La fosse iliaque droite est le siège d'un gonflement avec des élancements. Saignée de bras, sangsues. Le dix-septième jour, le malade rentre à l'Hôtel-Dieu. La tumeur a le volume des deux poings, et le pus est rejeté au dehors par l'anus. En même temps, *les urines jusque-là claires, déposent une grande quantité de matières blanches ayant l'aspect du pus.* Cette double évacuation continue pendant quelque temps, et au bout de dix jours, le malade sort guéri.

OBSERVATION XII

(*Ann. de chir.*, p. 495, 1841.)

Tumeur inflammatoire dans la fosse iliaque droite. —

Douleurs vives. — Ouverture dans la vessie et vagin.

— *Guérison.*

M^{me} W..., âgée de vingt-quatre ans, accoucha le 8 février 1835;

le travail marcha régulièrement. Quelques jours après, elle devint très excitable, très nerveuse, elle prit la nourrice en aversion. Cette excitabilité, cet état nerveux diminuèrent au bout de six semaines. A cette époque il se développa dans l'aine du *côté droit une douleur qui s'étendit tout le long de la cuisse*; dans l'espace de six semaines, la cuisse se fléchit sur le bassin au point de former presque un angle droit. La malade était très constipée; elle avait des sueurs abondantes et maigrissait à vue d'œil. On la transporta à Liverpool dans le courant du mois d'avril. La sensibilité dans l'aine était très grande, et la malade consentait à peine à ce qu'on l'examinât; cependant on reconnaissait facilement l'existence d'une tumeur située entre l'aine et le pubis; les selles étaient blanches; on lui administra de l'extrait de jusquiame, des lavements chaque matin; de plus, on lui faisait garder une diète sévère. Sous l'influence de ce traitement, la douleur diminua, la cuisse se fléchit plus facilement et la tumeur resta à peu près dans le même état. Après avoir passé quelque temps à l'île de Man, la malade revint à Liverpool au mois de juin; son état ne s'était pas amélioré: elle avait beaucoup maigri et avait des sueurs très abondantes. La tumeur avait augmenté de volume et se prolongeait alors vers la ligne médiane; on pouvait la sentir en ce point, où elle donnait la sensation d'une vessie distendue par du liquide. La malade se plaignait d'un sentiment de pression sur l'anus; l'exploration de cette région démontra qu'il existait dans le bassin une espèce de tumeur: le lendemain, 30 juin, il s'écoula *avec les urines une grande quantité de pus*. La tumeur avait diminué de volume, et la malade se trouvait plus soulagée. Le pus continua à couler librement, pendant quinze jours, mais *par le vagin*, ce qui faisait penser que l'abcès s'était ouvert dans ce canal, après avoir été ouvert dans la vessie. Les mouvements des membres commencèrent à se rétablir, la santé de la malade s'améliora, et six semaines après les règles reparurent.

OBSERVATION XIII

(Hallé, *Annales des organes génito-urinaires*, p. 913, 1892.)

Douleur dans l'abdomen. — Hématurie abondante et à répétition. — Tumeur dans la fosse iliaque droite — Mort. — Autopsie : la vessie est le siège de cystite chronique végétante, et, à sa paroi inférieure, deux petites perforations communiquant avec la cavité anormale, dans laquelle l'appendice fait saillie. Ce dernier est épaissi, adhérent, en apparence non perforé.

A. D..., cinquante-six ans, n° 7, salle Laugier. Entrée le 8 novembre 1890.

La malade a joui jusqu'à cette année d'une parfaite santé ; elle a eu trois enfants ; ménopause à quarante-neuf ans.

Depuis cinq mois, elle a ressenti des douleurs dans l'abdomen, des troubles de la santé générale, de la faiblesse surtout. Puis brusquement, sans cause, au milieu de la journée, elle a été prise d'une hématurie abondante avec des caillots, qui s'est arrêtée spontanément. Un mois après, réapparition du sang dans les urines ; l'hématurie est persistante depuis ce moment. La miction est fréquente et douloureuse. Il existe des douleurs rénales, à droite surtout.

Depuis une quinzaine de jours, le ventre se tuméfie ; il existe de la pesanteur hypogastrique ; la malade maigrit et perd ses forces.

Au palper abdominal, on constate dans l'hypogastre une tumeur remontant jusqu'à mi-distance, entre le pubis et l'ombilic, arrondie généralement, mais avec une *bosselure* du côté droit, débordant vers la fosse iliaque.

À la toucher vaginal, volumineuse tumeur bombant à la paroi

vaginale supérieure. Le col est petit, sain, effacé en arrière de la tumeur.

Le *palper bimanuel*, douloureux, montre que cette volumineuse tumeur siège bien au niveau de la vessie.

L'exploration vésicale par la sonde montre que l'hématurie a bien les caractères de l'hématurie vésicale :

On diagnostique : néoplasme vésical volumineux.

La malade est anémiée par l'hématurie persistante ; elle est prise de fièvre, de douleurs abdominales, de diarrhée ; elle est regardée comme inopérable et succombe le 9 février 1891.

A l'autopsie, en dehors de l'appareil urinaire, on constate l'existence d'une cirrhose atrophique du foie avec ascite abondante.

Le grand épiploon et l'appendice iléo-cæcal sont adhérents dans la partie latérale droite du cul-de-sac vésico-utérin ; à l'angle droit de l'utérus, adhérences fibreuses semblant anciennes et formant avec les organes adhérents une véritable tumeur dure.

La vessie, incisée sur la ligne médiane antérieure, ne présente pas de tumeur dans sa cavité, mais seulement des lésions de cystite chronique végétante. On y voit de nombreuses petites excroissances polypiformes plus ou moins pédiculées, du volume d'un grain de millet ou d'une lentille, brunes et comme exulcérées à leur sommet, disséminées partout sur la surface postérieure de la vessie.

Au centre de la paroi vésicale inférieure existent *deux petites perforations* arrondies, à bords minces, comme ulcérés, laissant échapper dans la cavité vésicale une grande quantité de caillots putrides.

Pour déterminer le siège de cette collection, l'utérus et le vagin sont incisés suivant leur ligne médiane postérieure. Ils sont absolument sains. En avant de l'utérus, entre sa face antérieure et la face postéro-inférieure de la vessie, on tombe dans une grande cavité anormale plus grosse que le poing. Cette cavité, circonscrite par des adhérences péritonéales, s'avance sur la paroi vaginale supérieure où elle fait saillie ; *elle communique avec la cavité vésicale* par les deux petits orifices déjà décrits ; elle est remplie de caillots sanguins ramollis et putréfiés ; ses parois sont tapissées de pseudo membranes grisâtres, molles, fibrineuses ; l'appendice

iléo-cæcal adhérent, très épaissi, non perforé en apparence, fait à droite paroi de la cavité et sa saillie est visible à l'intérieur de la poche.

OBSERVATION XIV

(Hallé, *Ann. des org. génito-urinaires*, p. 916, 1892.)

Douleurs dans la fosse iliaque droite. — Après sept semaines, pus dans les urines. — A l'endoscope : sur la paroi vésicale droite existe une fistule qui laisse échapper du pus. — Pas de cystite. *

M^{me} J..., vingt-quatre ans, entrée le 5 février 1892 ; mariée depuis trois ans. Peu de temps après, très vives douleurs dans le côté droit du ventre ; après sept semaines de douleurs croissantes, la malade, qui jusqu'alors avait eu des urines très claires, urine tout à coup *des flots de pus*.

A son entrée, au toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac droit une tuméfaction pyriforme qui se prolonge en avant du côté de la vessie. A l'endoscope, muqueuse vésicale normale : sur la paroi *vésicale droite*, fissure dont on voit sourdre le pus quand on déprime la paroi abdominale. Les urines purulentes contiennent du *bacterium coli commune*.

Etat stationnaire depuis lors ; urines toujours purulentes, sans cystite.

OBSERVATION XV

(Balzer, *Gaz. médicale*, n° 25, p. 321, 1879).

Douleurs vives ans le ventre. — Vomissements et puis Diarrhée. — Ventre ballonné — Distension forte de la

vessie avec rétention. — *Cathétérisme.* — *Tumeur en boudin à la fosse iliaque droite.* — *Empâtement au niveau de la vessie, dû à la présence de matières fécales, croit-on.* — *Ténésme.* — *Guérison.*

L... Alfred, âgé de onze ans, entre le 2 avril 1875, salle Saint-Joseph, n° 26, dans le service de M. Cadet de Gassicourt.

Cet enfant a toujours eu une bonne santé ; il a eu seulement les ganglions du cou volumineux pendant quelque temps. Le père se porte bien, mais la mère paraît tuberculeuse.

Depuis quelque temps, l'enfant se plaignait du ventre et digérait mal, bien qu'il eût conservé l'appétit.

Le 27 mars, il déjeune encore très bien à midi. A 4 heures, il est pris subitement de fortes douleurs dans le bas-ventre, avec vomissements ; depuis lors, il n'a pas cessé de vomir tout ce qu'il prenait et d'avoir des vomissements glaireux. La diarrhée a commencé le 31 mars, après un purgatif et n'a pas cessé depuis. Température au moment de l'entrée, 39 degrés.

Le 3 avril, le matin, amélioration notable : les vomissements ont cessé, la température est de 37°4. La langue blanche et humide. Le ventre est tendu, ballonné ; l'enfant n'a pas uriné, *la vessie remonte jusqu'à l'ombilic* : on la vide par le cathétérisme. Le soir, l'enfant a pris un bain dans la journée. T. = 38°4. On est encore obligé de le sonder.

Le 4 avril, la vessie est encore très distendue ; après avoir pratiqué le cathétérisme, on constate par la palpation de l'abdomen une tumeur en forme de boudin, de 5 à 6 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur. L'enfant a eu le matin des gardes-robes diarrhéiques, avec des boulettes fécales très dures. Prescription : un grand bain, une cuillerée à café de sirop de strychnine, huile de ricin, 15 grammes. Matin, T. = 38 degrés ; soir, 38°2.

Le 5 avril, le purgatif a provoqué l'expulsion de matières dures, semblables à celles d'hier ; la tumeur du cæcum a diminué. L'enfant souffre beaucoup moins : il urine spontanément.

Le 6 avril, on constate le matin un empâtement au niveau de la vessie, probablement dû à la présence de matières fécales.

9 avril. — Hier, dans la journée, l'enfant a rendu plus de deux litres d'urine et a eu deux gardes-robes liquides, mais après plus de vingt essais infructueux. Ténésme très douloureux ; le ventre est ballonné, très douloureux à la palpation.

Matin, T. = 38°4 ; soir, 38°8.

11 avril. — Hier, on a placé un vésicatoire dans la région du cæcum ; l'enfant souffre moins et le tympanisme a diminué. Selles diarrhéiques.

13 avril. — La palpation du ventre est devenue indolente ; elle révèle toujours un peu d'empâtement dans la région du cæcum. La fièvre persiste encore.

Le matin, T. = 38°5 ; le soir, 39 degrés.

25 avril. — L'enfant se lève depuis quelques jours, mais il marche courbé en deux et se plaint toujours un peu du ventre. Vers 11 heures du matin, il a eu une forte lipothymie au moment où il allait se lever.

On constate un peu d'empâtement dans la région du cæcum ; il y a de temps en temps des coliques. La température d'hier soir s'élevait à 39 degrés.

3 mai. — On ne sent plus aucune tuméfaction depuis deux jours dans la fosse iliaque ; la fièvre a cessé et il n'y a plus de diarrhée, mais l'enfant reste très faible, pâle et amaigri.

Il part en convalescence.

CONCLUSIONS

Nous nous sommes proposé, dans notre thèse, d'étudier une complication relativement rare des abcès d'origine appendiculaire, à savoir leur ouverture spontanée dans la vessie. Le point de départ de nos recherches a été une belle observation de ce genre, recueillie dans la pratique de M. le professeur Poncet, et qui nous a été communiquée par les D^{rs} Briau et Genoud.

Nous n'avons trouvé dans la littérature chirurgicale que quinze observations semblables, dans lesquelles ce mode d'évolution d'un abcès appendiculaire était signalé : Six fois il s'agissait d'hommes, quatre fois de femmes, quatre fois de garçons et une fois d'une petite fille. L'âge moyen était de vingt-six ans. La perforation de la vessie s'est produite à des époques très différentes : de huit jours au minimum à plusieurs mois. En dehors d'une complication de ce genre, lorsque le phlegmon est surtout hypogastrique, s'étant développé sur une ligne médiane, comme un phlegmon de cavité de Retzius lorsqu'il existe des signes de péricystite — mictions fréquentes, douloureuses, etc. — l'ouverture spontanée de l'abcès dans la vessie est un mode de terminaison relativement heureux.

Dans nos quinze observations, nous notons dix guérisons avec fermeture spontanée vésicale, mais nous n'osons pas prononcer le mot « définitives », parce que nous ne savons pas ce que sont devenus plus tard les malades ; nous ignorons s'ils ont présenté des rechutes appendiculaires, qui nous paraissent tout autant à redouter après la perforation de la vessie qu'après celle de l'intestin.

Dans les cinq autres cas, deux sont morts par péritonite, un troisième de phtisie pulmonaire, affection n'ayant que des rapports éloignés avec la complication dont nous parlons ; enfin les deux autres ont succombé : l'un d'une intervention chirurgicale où l'on se proposait d'enlever l'appendice, l'autre à de fortes hématuries.

Le pronostic ne laisse pas, comme on le voit, d'être grave.

L'ouverture du phlegmon appendiculaire n'a pas déterminé de cystite dans nos diverses observations : la fréquence, la douleur de miction sont le fait de la péricystite.

Le traitement est subordonné à l'époque de la maladie. C'est ainsi qu'au début on incisera la tuméfaction inflammatoire, là où elle fait le plus saillie, sur la ligne médiane, par exemple, dans le cas de phlegmon sus-pubien¹. Des signes d'irritations vésicales engagent encore à suivre cette voie en faisant redouter une perforation de la vessie. L'abcès est-il ouvert dans cet organe ? il faut, suivant M. le professeur Poncet, savoir attendre et abandonner, à moins de complications. La perforation vésicale a sa voie naturelle qui est la cicatrisation de l'ouverture. On aura soin de procéder à la désinfection de la vessie par le sondage,

¹ Voir thèse Velten, 1895, inspirée par M. le Professeur Poncet.

par les lavages intra-vésicaux, s'il y a lieu. Plus tard, si des accidents nouveaux appendiculaires se produisaient, témoignages d'une appendicite à rechutes, on aurait recours, à froid autant que c'est possible, à l'ablation de l'appendice. C'est alors que nous suivrons le siège de la douleur à la pression ; suivant le siège de tuméfaction on se déciderait, d'après M. le professeur Poncet, pour la voie iliaque ou pour la voie sous-ombilicale.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN.
LORTET.

Vu, et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1892.
DUPLAY et RECLUS, Traité de Chirurgie, 1897.
ROUX, Bull. de la Société médicale de la Suisse Romande.
GUYON, Clin. des mal. des voies urinaires.
TESTUT, Traité d'anatomie.
PONCET, Bull. de l'Académie de médecine, 1896.
Archives de médecine, 1826-1832.
BRUNN, Presse médicale, 1896.
Gazette médicale de Paris, 1836-1879.
Bull. de la Soc. de Chirurgie (Discussion).
BLATIN, thèse de Paris, 1865.
BARRÉ, — — — 1873.
PAULIER, — — — 1875.
BLIN, — — — 1879.
MAURIN, — — — 1891.
MARIAGE, — — —
MARTINEZ, — — — 1891.
BLANQUIQUE, — — — 1870.
PRAVAZ, thèse de Lyon, 1888.
RECHEROU, — — — 1892.
CHALIEL, — — — 1892.
DORMOY, — — — 1897.
VELTEN, — — — 1895.
OLIVIER, — — — 1898.
VILLARET, — — — 1898.

GRANDCOURT et GUÉPIN, Des fausses cystites (Gaz. des Hôpitaux, 1897).

TALAMON, Appendicite et pérityphlite.

TUFFIER, Semaine médicale, 1894.

PITZ, Boston med. and surg. Journ., 1888.

Mercredi médical, 1891.

GUYON, Phlegmon prévésical (Journ. de Méd. et Chir. prat., 1879).

Bull. de la Société anat. de Paris, 1897.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie, siège, disposition et direction de l'appendice	9
CHAPITRE II. — Historique	14
CHAPITRE III — Anatomie pathologique, symptomatologie .	18
CHAPITRE IV. — Diagnostic, pronostic.	27
CHAPITRE V. — Traitement	29
OBSERVATIONS.	31
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE.	69

